



**ACADÉMIE  
DE NICE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## **Formulaire certificat médical confidentiel**

**Certificat médical confidentiel à compléter par le médecin traitant généraliste ou  
spécialiste du patient**

réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique ou du médecin de  
prévention en faveur des personnels de l'académie de Nice

document soumis au secret professionnel

article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage ..... Prénom .....

Nom de naissance ..... Date de naissance .....

Adresse .....

.....  
.....  
.....

Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap (diagnostic, date de début des troubles,  
évolution).....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

☐ Examens complémentaires joints à la demande :

☐ Compte(s) rendu(s) hospitaliers joints à la demande :

**Description clinique actuelle :**

.....

.....

.....

.....

**Traitements, prises en charges thérapeutiques**

**Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)**

.....

.....

**Prise en charge régulières**

- ☐ Hospitalisations itératives ou programmées
- ☐ Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- ☐ Autres prises en charges paramédicales régulières
- ☐ Autre (préciser) .....

.....

**Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient : .....**

.....

.....

**Certificat médical établi le \_\_\_\_\_**

**Signature et cachet du médecin**